Ueber

Bursitis trochanterica.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der hohen medicinischen Facultät zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrath Dr. Ritter Joh. Nep. **v. Nussbaum**

kgl. bayr. General-Stabsarzt à l. s.

vorgelegt von

Adolph Bucholtz

approb. Arzt aus Eutin.

MÜNCHEN, 1885.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Ueber

Bursitis trochanterica.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der hohen medicinischen Facultät zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Geheimrath Dr. Ritter Joh. Nep. **v. Nussbaum**

kgl. bayr. General-Stabsarzt à l. s.

vorgelegt von

Adolph Bucholtz

approb. Arzt aus Eutin.

MÜNCHEN, 1885.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Unter der Haut, welche den Trochanter major bedeckt, befindet sich, wie überall, wo lockere Haut über einen Knochenvorsprung hinwegzieht, eine Bursa subcutana oder bursa trochanterica superficialis. Sie bildet gewissermassen einen Anhang der Haut, ist mit dem Zellgewebe mehr oder weniger verwachsen, steht aber in keinem Zusammenhange mit tiefer gelegenen Schleimbeuteln oder mit den Muskeln, Sehnen und Knochen, obgleich sie zum Schutz der letzteren dient; unter ihr befindet sich Fascia lata. Im Allgemeinen bestehen unterhäutige Schleimbeutel aus einer Kapsel, die nach aussen eine mehr fibröse, nach innen eine seröse Struktur zeigt. Im Innern der Kapsel findet man verschiedene Falten und Scheidewände, endlich zeigen sich im Innern kleine, fransig gruppirte Fettpartikelchen. Die Kapsel enthält ein dünnflüssiges Fluidum. Der Zweck und Nutzen der Burs. subcut. besteht darin, dass sie die Bewegung erleichtern, was sie dadurch bewirken, dass sie zwischen Haut und oberflächlich liegenden Sehnen und Knochenvorsprüngen liegend, die Reibung der Flächen bei Bewegung mindern. Ausserdem befindet sich an dieser Stelle, jedoch mehr in der Tiefe gelegen, eine zweite Bursa, zwischen Fascia lata und Trochanter major. Die Bursa subaponeuratica oder Bursa glutaeo-trochanterica. Sie ist an der äusseren hinteren Seite d. troch. major gelegen, mit dem Periost

desselben durch straffes Bindegewebe verwachsen. Hart oberhalb derselben inserirt an d. Spitze d. troch. maj. der M. glutaeus medius u. minimus. Nach unten stösst der Schleimbeutel an die Ursprungsstelle d. vastus externus, in vielen Fällen liegt er aber mit einem nicht unbedeutendem Theil auf demselben. Nach hinten stösst er an die Insertionssehne d. quadratus femoris, an den sich sogleich das Insertionsgebiet der Adductoren anschliesst. Ueber ihn hinweg zieht der obere Theil d. Sehne d. glutaeus maximus oder richtiger die Fascia lata und auch diese ist mit der Bursa auf das innigste verwachsen. Nach den Untersuchungen von Hueter kann man diesen Schleimbeutel leicht auf folgende Art finden. Führt man an der Leiche einen Längsschnitt von oben nach unten, dass er dicht hinter der obersten Spitze d. troch. major beginnt und senkrecht nach unten verlaufend, die Sehne d. M. glutaeus max. trennt, so kann man den Finger in den geöffneten Schleimbeutel führen. Der Längsdurchmesser schwankt zwischen 4—6 cm, d. Querdurchmesser zwischen 2—4 cm. Dieser Schleimbeutel ist bei Erwachsenen constant vorhanden und fehlt nach Heineke (Anatomie und Pathologie d. Schleimbeutel und Sehnenfäden pag. 101) nur bisweilen bei kleinen Kindern.

In der Nähe dieses Schleimbeutels befinden sich noch andere. Der wichtigste ist die Bursa iliaca, ein grosser trichterförmiger Schleimbeutel, der unter d. schmäleren Bauche d. Ileopseas gelegen ist, da wo dieser über d. Ramus horizontalis ossis pubis hinwegzieht zum troch. major. Er wird nach innen vom Rande d. Acetabulum, nach aussen vom Halse d. femur, nach unten vom troch. minor. und nach oben vom

Ramus h. ossis pubis begrenzt; Nach hinten liegt er auf d. lig. capsulare. Er communicirt häufig mit der unter ihr gelegenen Hüftgelenkkapsel, aber es ist nur der äussere ausserhalb d. Limbus gelegene Kapselraum, in den sich dann d. Bursa öffnet. Gleichwohl wird eine Eiterung dieser Bursa das ganze Hüftgelenk in Mitleidenschaft ziehen können und es findet dies thatsächlich nicht selten bei Psoasabscess statt, indem d. Abscess zunächst in d. Bursa perforirt. Und umgekehrt kann eine vom Gelenk ausgehende Eiterung die communicirende Bursa sofort füllen oder wenn keine Communikation besteht, perforiren. Hygrome dieser Bursa sind selten; sie stellen dann ansehnliche, die Schenkelbeuge ausfüllende, von dem unteren Ende d. Psoas eingeschnürte, fluktuirende Geschwülste dar, von denen sich eine Communikation mit dem Hüftgelenk dadurch nachweisen lässt, dass die Bursa auf Druck sich verkleinert.

Dann befindet sich in dieser Gegend noch eine Bursa ischiadica, ein am Sitzknorren sitzender Schleimbeutel; er erkrankt selten. Eine Vereiterung desselben kann von einem im Sitzknorren befindlichen osteomyelitischen Heerd ausgehen. Die Diagnose einer Entzündung dieses Schleimbeutels wird aus der besonderen Prallheit der der unteren Fläche des Sitzknorrens aufsitzenden Geschwulst gestellt.

Ausser diesen genannten grösseren Schleimbeuteln kommen in d. Hüftgelenksgegend noch kleinere vor, die aber wegen ihrer tiefen Lage seltener erkranken und desshalb weit geringeres chirurgisches Interesse haben.

Von allen diesen genannten Schleimbeuteln ist

der wichtigste für den Arzt d. Bursa glutaeo-trochanterica, und nach der Entzündung d. Bursa praepatellaris ist dieser von den an der Unterextremität gelegenen Schleimbeuteln wohl am häufigsten erkrankt, theils chronisch theils acut und macht wegen der von seiner Vereiterung herrührenden Fisteln dem Arzte viel zu schaffen.

Ueber die Erkrankung der Schleimbeutel gilt im allgemeinen folgendes:

Die typischen, schon im Embryo nachweisbaren Schleimbeutel zeigen jene Formen der Erkrankung, welche man an den Synonialhäuten d. Gelenke findet, entsprechend der gleichen Struktur beider Gebilde. Nächstdem besteht zwischen d. Krankheiten d. Gelenke und der Schleimbeutel noch eine zweite Beziehung. Manche Schleimbeutel communiciren mit benachbarten Gelenkkapseln, und nehmen schon darum häufig an der Gelenkerkrankung Antheil. Aber auch wenn keine Communikation besteht, trifft man in gewissen Fällen, wenn das Gelenk primär erkrankt ist, eine benachbarte, wenn auch für sich abgeschlossene Bursa, in derselben Form erkrankt. Demnach findet man hier folgende Erkrankungen.

I. Acute Bursitis mit serosynovialem Ergusse. Sie ist im ganzen selten und entsteht ab und zu nach heftigen Quetschungen, manchmal aus rheumatischen Ursachen, angeblich auch nach Syphilis. Die Bursa füllt sich unter bedeutender Schmerzhaftigkeit mit einem serösen Exsudate. Die Haut darüber ist aber nicht entzündet höchstens hier und dort blassroth gefleckt.

II. Acute Bursitis mit eitrigem Exsudat. Sie kommt nach offenen Verletzungen d. Schleimbeutel vor, tritt

an chronisch entzündeten Schleimbeuteln als acute Exacerbation auch ohne Verwunduug auf, findet sich multipel als metastatisches Empyem bei Pyaemie. Ist die Bursa oberflächlich gelegen, so ist die Haut sehr bald entzündet, die Umgebung der Bursa oedematös, hohes Fieber und klopfende Schmerzen begleiten die Eiterung. Bei tiefer gelegenen Schleimbeuteln sind die Zeichen einer tiefen Eiterung vorhanden; grosse Spannung d. Gegend, verbreitetes Oedem der oberen Schichten, spärliche, erst später zunehmende Röthung der Haut, klopfende Schmerzen, hohes Fieber. Nur bei metastatischen Empyemen bleibt die Entzündung aus.

III. Hygrome d. Schleimbeutels. Die Synorialhaut ist bedeutend verdickt und trägt an ihrer Innenfläche ein Strickwerk, aus dem papilläre Excrescenzen, in. d. Höhle hineinragen. Die vergrösserte Höhle d. Schleimbeutels enthält ein zähes Secret, in welchem fast immer eine grössere Anzahl der sog. Corpuscula oryzoidea (Reiskörperchen) aufgeschwemmt ist. Bei sehr grossen und alten Hygromen ist das Strickwerk zu einem förmlichen Fächerwerk geworden. Ausserdem erscheint das Hygrom als eine scharf begrenzte, bei oberflächlichem Hygrom deutlich in Form eines Kugelabschnittes promenirende, von unveränderter Haut bedeckte, pralle fluktuirende Geschwulst, welche ihrer Lage und Ausdehnung nach einem Schleimbeutel entspricht und bei Vorhandensein von Reiskörperchen ein eigenthümlich feines Reibegeräusch wahrnehmen lässt, wenn man auf Fluktuation prüft. Die Hygrome d. Schleimbeutel bilden sich besonders dann, wenn d. Schleimbeutel lange Zeit geringen aber immer wiederkehrenden mechanischen Insulten ausgesetzt war, häufig kann die Ursache gar nicht

angegeben werden. Die Hygrome bringen als solche häufig nur jene Behinderung herbei, welche aus ihrer Lage herrührt, häufig aber besitzen sie die Neigung, sich in acuter Weise zu entzünden, etwa wie d. Atherome und dann können sie sogar bedeutende Gefahren hervorrufen.

IV. Fungus d. Schleimbeutels, kommt wohl nur durch Uebergreifen von einem benachbarten Gelenke vor. Diese Schleimbeutelerkrankungen sind mit Ausnahme von IV auch an d. Bursa trochanterica beobachtet worden. Der erste, welcher auf die Erkrankung der Bursa trochant. aufmerksam machte und einige Fälle beschrieb, war Chassaignac (Arch. gén. Avril et Juillet 1853). Seit dieser Zeit sind im Ganzen, soviel ich in der Literatur finden konnte, 22 Fälle beschrieben, theils von chronischer, theils von acuter Entzündung dieses Schleimbeutels, theils von Hygromen desselben. Wenn auch natürlich nicht bezweifelt werden kann, dass diese Bursitis glutaeo-trochanterica noch öfter beachtet aber nicht beschrieben worden ist, so ist sie doch immerhin zu den selteneren Fällen zu rechnen, welche in chirurgische Behandlung kommen. Im April 1884 kam auch in der unter d. Leitung d. Herrn Prof. Helferich stehenden chirurg Poliklinik in München ein solcher Fall zur Behandlung und wurde mir zur Veröffentlichung gütigst überlassen. Die ersten Fälle beobachtete u. beschrieb, wie bereits gesagt, Chassaignac.

I. Ein 56 jähriger Handarbeiter war auf den rechten Trochanter gefallen. Er hatte darauf noch unter grossen Schmerzen einen ziemlichen Weg zurückgelegt, konnte aber am andern Morgen nicht mehr auftreten und empfand in der Hüfte lebhafte Schmerzen,

die sich bei Bewegung steigerten. In der Gegend des grossen Trochanter wurde bei der Untersuchung eine Anschwellung gefunden, die sich nach unten etwa 2 Querfinger breit unter der Trochanterspitze durch eine Vertiefung abgrenzte und schief von oben und hinten nach unten und vorn verlief. Die Geschwulst fluktuirte deutlich und war von oedematöser Infiltration d. Zellgewebes umgeben. Es war in diesem Falle die Bursa subaponeurotica ausgedehnt und d. subcutane Zellgewebe um den Trochanter infiltrit, sodass eine phlegmonöse Entzündung zu befürchten stand. Durch 2 malige Applikation von 20 Blutegel innerhalb 36 Stunden und lauwarme Umschläge gelang es die oedematöse Anschwellung zu beseitigen, die Ansammlung innerhalb d. Bursa zu verringern; nach 5 Tagen war keine Fluktuation mehr zu erkennen, nach 8 Tagen konnte der Kranke wieder gehen und nach 12 Tagen wurde er entlassen.

Vielleicht haben wir es hier mit einem ziemlich seltenen Fall von Haematom in der Bursa trochanterica zu thun.

II. Ein 42 jähriger kräftiger Fuhrmann setzte die rechte Hüfte eine geraume Zeit einem starken Drucke aus; er empfand sofort heftigen Schmerz, bemerkte bald Anschwellung und Spannung. In der Gegend d. Trochanter wurde eine länglich vorspringende, nach unten scharf begrenzte, deutlich fluktuirende Geschwulst von der Grösse eines Eies gefunden, die sich bei der Extension abplattete, bei der Flexion des Schenkels deutlich hervortrat. Da die Geschwulst trotz ruhiger Lage im Bett und erweichenden Umschlägen dennoch an Grösse zunahm, so wurde sie nach 3 Tagen bei

flektirten Schenkel mit dem Trokar punktirt. Es entleerten sich mehrere Unzen einer serösen, dünnen mit Eiterkörperchen gemischten Flüssigkeit und die Geschwulst sank zusammen, allein am folgenden Tage war sie wieder so prall und gespannt wie zuvor. Noch 4 mal wurde die Punktion gemacht und allemal reproducirte sich die Ansammlung rasch wieder. Vf. entschloss sich endlich zur Spaltung, bei welcher d. Fascia lata über d. Ansammlung 2" weit gespalten wurde. Der aufgeschnittene Schleimbeutel wurde mit Charpie ausgestopft. Anfänglich stellte sich eine reichliche, dünne Eiterung ein, die mehrmaligen Verband nothwendig machte, nach 3 Tagen wurde d. Eiter sparsamer, dicker, es zeigten sich Granulationen, und nach 10 Tagen war die Operationswunde vernarbt.

III. Ein 51 jähriger Kaufmann, der immer gesund gewesen war, bekam ohne nachweisbare Ursache eine Anschwellung über dem rechten Trochanter, die immer mehr und mehr an Umfang zunahm, endlich schmerzhaft wurde und das Gehen ganz verhinderte. Nach 5 Monaten kam d. Kranke in die Behandlung d. Vf. Ueber dem rechten Trochanter lag eine voluminöse Geschwulst, fast von der Grösse von 2 Fäusten, welche nach oben sich bis zum Rande des Darmbeins erstreckte und schief von hinten u. oben nach unten u. vorn verlief, sodass d. längste Durchmesser d. Geschwulst eine schiefquere Richtung hatte. Die Haut über der Geschwulst war gesund, die Geschwulst fluctuirte, man fühlte deutlich, dass die Fascia lata über sie hinweggieng und bemerkte eine ausgesprochene Vertiefung an d. unteren Rande d. Geschwulst. Die Schenkelbewegungen waren sehr schmerzhaft, direkter Druck

verursachte geringe Beschwerde. Vf. vermuthete Caries d. Trochanter und in Folge dessen einen Congestionsabscess; er führte, da er eine Spaltung d. Abscesses für gefährlich hielt, einen Trocar ein, allein es floss keine Flüssigkeit, obgleich sich die Trocarröhre frei hin und her bewegen liess. Ch. spaltete nun auf einer Hohlsonde die Geschwulst nach ihrem Längsdurchmesser, wobei die Fascia lata mehrere Zoll weit durchschnitten wurde, und fand eine buchtige, mit Vorsprüngen und Klappen versehene Höhlung, die mit stinkender, missfarbiger, dickflüssiger Materie angefüllt war und zahlreiche Flocken und Pseudomembranen enthielt. Die innere Fläche d. Cavität war dunkelbraunroth und nirgends cariös. Vf. kam nun erst auf die Vermuthung, er habe eine Affection d. Bursa subaponeuratica vor sich. Die Höhlung wurde mit in Jodtinctur getauchter Charpie ausgestopft. Nach 8 Std. stellte sich heftiges Fieber mit Schüttelfrösten ein, am folgenden Tage Sinken des Pulses, Auftreibung des Unterleibes, Anschwellung des Schenkels, Delirien; nach 5 Tagen Tod. Autopsie: Organe d. Brusthöhle normal, der Bauchfellüberzug des stark mit Gas ausgedehnten Dickdarms war mit zerstreuten, hämorhagischen Exsudaten bedeckt. Bei d. Sektion d. Schenkels stellte sich heraus, dass der Eiter nach unten d. Bursa subapon. durchbrochen und sich zwischen den Schenkelmuskeln infiltrirt hatte. Die Muskeln waren missfarbig, erweicht, mit Flocken u. schmierigem Eiter bedeckt, namentlich d. Biceps, Semimembranosos u. Semitendinosus; das Zellgewebe unter d. Fascia lata brandig. Das Oberschenkelbein zeigte nirgends eine cariöse Stelle.

Dieser Fall zeigt die grosse Gefährlichkeit von

Eiteransammlung in d. B. subaponeurotica, sobald d. Eiter verdirbt und sich zwischen d. Muskeln infiltrirt. Patient ist gestorben an Pyaemie. Es war ein schwerer Fall, obgleich zugestanden werden muss, dass Patient bei jetziger, streng antiseptischer Behandlung, bei frühzeitig gestellter richtiger Diagnose und Incision, wohl noch gerettet worden wäre. Der Eiter hätte auch leicht bis an den Oberschenkel vordringen, sekundär eine Pariostitis u. Osteomyelitis erregen oder sich einen Weg nach dem Hüftgelenk bahnen und dasselbe eröffnen können, ohne dass vorher eine Kommunikation mit dem Gelenke bestanden hätte.

Erst im Jahre 1870 wurden weitere Fälle von Bursitis trochanterica beschrieben und zwar von Dr. Macnab (Lancet III. 20. Nov. 1870).

I. Ein 11jähriger Knabe wippte auf einem Brette und wurde von demselben gegen die linke Hüfte getroffen. Diese schwoll an u. die Lage d. Extremität war wie im ersten Stadium d. Coxitis. Gegen diese letztere wurde mit allen Mitteln ohne Erfolg vorgegangen; nach 4 Monaten trat heftige Entzündung der Geschwulst u. Eiterung ein. Der Abscess öffnete sich u. der eingeführte Finger konnte keinen Knochen entdecken. Der Finger kam in eine grosse Höhle, welche sich rings um d. Trochanter major u. bis hinter d. Femur erstreckte, die Sehne d. Glutaeus max. konnte in derselben deutlich gefühlt werden. Gleichzeitig besserte sich auch das Allgemeinbefinden und d. Bein konnte wieder frei bewegt werden. Geeignete Behandlung brachte den Abscess bald zur Heilung.

II. Eine 22jährige Frau war bis vor 6 Monaten stets gesund gewesen, da bekam sie plötzlich heftige

Schmerzen in der linken Hüfte über d. Troch. major; bald folgte Anschwellung und die Aerzte erklärten die Krankheit für ein Hüftgelenkleiden. Als M. die Patientin sah, war der linke Oberschenkel leicht flektirt, d. Hüftgelenk fixirt; über d. Trochanter u. das obere Drittel d. Oberschenkels einnehmend, eine gespannte, schmerzhafte, undeutlich fluktuirende Geschwulst; beim Gegeneinanderpressen d. Gelenkflächen d. Hüfte kein Schmerz. Heftige Schmerzen machte dagegen Berührung und Bewegung d. Glutaeus u. d. oberen Oberschenkelmuskel. Das Allgemeinbefinden war gestört, Schlaflosigkeit, trockene Zunge, fulginöser Belag, 130 Pulse. Vf. war überzeugt, dass hier kein Hüftgelenksleiden vorliege, machte Incision unter Chloroformnarkose unterhalb d. troch. maj. bis auf den Knochen, wodurch $1^1/_2$ Liter Eiter entleert wurden, blossliegender Knochen konnte nicht aufgefunden werden. Es folgte rasch wesentliche Besserung, auch des Allgemeinbefindens, und 4 Wochen nach d. Operation Heilung.

Auch der folgende Fall ist beschrieben worden im Lancet I 24; Juni 1871, und zwar von Edmund Vialls.

Bei einer 18jährigen Frau entwickelte sich nach einem Fall auf den Troch. maj. eine allmählig wachsende Geschwulst, die sich spontan öffnete und eine der Quantität nach wechselnde Flüssigkeit entleerte. Bei der Untersuchung waren die Bewegungen im Hüftgelenk frei. Der Tumor erstreckte sich vom oberen Rande d. Troch. major an der Aussenseite d. Femur 7 Zoll abwärts u. war 3—4 Zoll breit. An seinem oberen Rande war eine Oeffnung, die entweder mit d. Knochen oder mit d. Gelenk communicirte, man gelangte ab-

wärts in eine grosse Höhle. Es wurde eine Gegenöffnung angelegt, aus welcher sich etwa 10 Unzen synoviaähnlicher Flüssigkeit entleerten. Es wurde ein Drainrohr durchgelegt, worauf die Heilung erfolgte.

In neuerer Zeit sind 3 Fälle von Dr. Vanselow (Inauguraldissertation, Greifswald 1873) aus der Greifswalder Klinik veröffentlicht, von denen einer letal endete. Diesen letzteren werde ich kurz mittheilen.

Ein 28jähriger Knecht, aufgenommen am 15. Nov. 1872, hatte einen Hufschlag in der Gegend d. linken Hüftengelenkes erlitten, in Folge dessen sich ganz acut eine Anschwellung dieser Gegend entwickelt hatte. Die Diagnose wurde gestellt auf Contusion d. troch. sin. mit Betheiligung des Hüftengelenkes. Die Extremität wurde in einen Gypsverband gelegt u. durch ein eingeschnittenes Fenster in d. Gegend d. Troch. eine Eisblase applicirt. Die Temperaturmessung ergab d. Morgens 37—37,4, Abends durchschnittlich 39°. Als jedoch am 18. Nov. Abends die Temperatur auf 40° stieg und in den nächsten Tagen ausser einer geringen Morgen-Remission keinen Abfall zeigte, als sich ferner Fluktuation in der Gegend d. Troch. einstellte, wurde die Diagnose auf Coxitis suppurativa gestellt u. d. Resectio coxae vorbereitet. Am 22. Nov. wurde die Explorativ-Incision gemacht und da keine Communication des Abscesses mit dem Gelenk constatirt werden konnte, 3 Incissionen gemacht und den Abscess drainirt. Die Temperatur fiel sofort auf 38,2° und hielt sich in ziemlich normalen Grenzen bis zum 28. Nov. Da trat jedoch eine Verjauchung d. Abcesses ein, es bildeten sich weitgehende Eitersenkungen, die Temperatur stieg am 2. December auf 41,2°. es entwickelte sich ei

Erysipelas femoris et trunci. Am 10. December stellten sich die Erscheinungen der Septicaemie ein und es wurde als letztes Mittel, das Leben des Patienten zu retten, die Transfusion in Vorschlag gebracht. Dieselbe wurde am 10. December ausgeführt, am Abend jedoch erfolgte bereits d. Exitus letalis. Die Obduction ergab: Erysipelas faciei et trunci; periarticulären, jauchenden Abscess um d. linke Hüftengelenk, Emphysem und hypostatische Pneumonie, Nephritis parenchymatosa, Enteritis diffuse haemorrhagica.

Dieser Fall stimmt so ziemlich mit dem von Chassaignac veröffentlichten überein, der auch letal endete.

Weitere 8 Fälle von Bursitis trochanterica, die in der Kieler Klinik vom Jahre 1871 — 1880 zur Behandlung kamen sind von Dr. Düvelius veröffentlicht und in einer Inaugural-Dissertation beschrieben worden. Von diesen endete auch der erste Fall letal.

Ein 23 jähriges, aus gesunder Familie stammendes Mädchen, wurde am 15. Juli 1871 in die Kieler Klinik aufgenommen. Diesselbe erkrankte vor etwa 4 Jahren — wahrscheinlich an Rheumatismus articul. acut. — und bemerkte alsbald eine schmerzhafte Anschwellung an d. äussern hinteren Seite d. linken Trochanter, ohne am Gehen behindert zu sein. Nach 2 maligen Incisionen wurde eine grosse Menge Eiter entleert. Die Heilung nahm etwa 2 Monate in Anspruch; Knochenstückchen kamen nicht zum Vorschein. Für die folgende Zeit blieb eine geringe Unbequemlichkeit beim Ansetzen des Fusses, sowie eine mässige Druckempfindlichkeit d. Gegend des linken Troch. major zurück. Vor etwa 6 Wochen zeigte sich eine neue Anschwellung an

derselben Stelle, wie früher; diese brach spontan auf und entleerte eine grosse Menge Eiter. Hinter d. linken Trochanter maj. befindet sich eine mit gewulsteten, gelblich-weissen Rändern umgebene Fistelöffnung, aus der sich eine geringe Menge Synovia-ähnliche Flüssigkeit ausdrücken lässt. Die Umgebung ist etwas geschwollen, kaum geröthet u. in geringem Grade druckempfindlich. Die Fistel ist auf d. Knochen nicht verschiebbar, aber es lässt die etwa 3cm. aufwärts geführte Sonde nirgendwo entblössten Knochen finden. Die Diagnose lautete: Bursitis trochanterica. Die Operation bestand in einer ausgiebigen Spaltung und Auskratzung aller Fistelgänge. In d. Gegend d. spina oss. ilei. ant. sup. wurde eine Pfeilsonde eingeführt, eine Gegenöffnung daselbst angelegt und ein Drainrohr durchgeführt. Der Erfolg d. Operation war nicht der gewünschte. Die täglichen Fieberbewegungen bis zu 39, 39,5 ja bis zu 40 Grad dauerten fort, die Wunde secernirte andauernd nicht unbedeutende Mengen Eiters. Die Schmerzen waren zeitweilig sehr intensiv u. bisweilen musste zu Morphiuminjectionen geschritten werden. Wenn das Fieber die Höhe von 39,5 erreichte, wurde der Patientin 1 gr. Chinin gegeben. Vier Wochen nach der Operation wurden die Drainröhren entfernt und ein Silberdraht durch die Fistelöffnungen gezogen, in der Absicht, durch allmähliges Anziehen die unterminirten Hautpartien zu durchschneiden. Aber es trat in dem Verhalten der eiternden Flächen und im Befinden der Patientin eine Verschlimmerung ein. Dieselbe fieberte und hatte nicht unbedeutende Schmerzen; die Umgebung der Wundfläche bedeckte sich mit einem gelben Belage, die Ränder waren wallartig aufgethürmt und

hatten ein braunes Aussehen. Am 19. Nov. musste Pat. auf dringenden Wunsch d. Eltern mit eiternden Wunden entlassen worden. Im folgenden Jahre starb Pat. in ihrer Heimath an Erschöpfung.

Die sonstigen von Dr. Vanselow u. Dr. Düvelius veröffentlichten Fälle bieten nichts neues und bemerkenswerthes, beweisen nur, dass es unter Umständen schwer sein kann, eine Bursitis troch. von einer beginnenden Coxitis zu unterscheiden. Denn von den 3 Fällen in Greifswald wurden 2 Patienten mit d. Diagnose: »Coxitis im ersten Stadium d. Florescenz« aufgenommen. Von den in der Kieler Klinik beobachteten Fällen waren 3 Patienten von Aerzten mit der Diagnose »Coxitis« geschickt worden.

Was die Hyprome d. Bursa trochanterica betrifft, so sind 2 Fälle im Jahre 1874 in d. Klinik von Prof. Volkmann in Halle fast gleichzeitig beobachtet, die sich zugleich durch ihr ungewöhnliches Volumen auszeichnen. Sie sind von Dr. Ranke in d. Berliner klin. Wochenschrift 1875 Nr. 4 veröffentlicht worden.

I. Ein Bergmann, 31 Jahre alt, will schon vor 9 Jahren eine hühnereigrosse, ziemlich harte, leicht verschiebliche Geschwulst über d. linken Trochanter bemerkt haben. Er arbeitete gewöhnlich auf der linken Seite liegend und trug, wie alle derartigen Arbeiter, zum Schutze des Schenkels ein über dem Troch. major. mit einem Ausschnitte versehenes Brett. Die allmählig schmerzlos wachsende Geschwulst machte es ihm später unmöglich in d. gewöhnlichen Lage zu arbeiten. Nach Anstrengungen im letzten Winter nahm dieselbe schnell an Grösse zu und bildete sich plötzlich am unteren Ende derselben ein rundlicher Auswuchs, der dann

aber auf seiner einmal erlangten Grösse (Wallnuss) stehen blieb. Die Geschwulst war bei d. Aufnahme des Kranken etwa 12 cm lang und $8^1/_2$ cm im grössten Durchmesser breit, von der Gestalt eines umgekehrten Flaschenkürbis und befand sich genau über d. linken Trochanter. Sie war nirgends mit d. Haut verwachsen in seitlicher Richtung leicht, in vertikaler nicht verschieblich; ihre Oberfläche war glatt; der obere grössere Abschnitt d. Geschwulst fluktuirte, der untere, zuletzt gebildete Theil war für d. Gefühl durchaus solide. Am 4. April wurde d. Tumor von Prof. Volkmann durch einen vertikalen Hautschnitt unter geringer Blutung in toto mit Leichtigkeit herausgeschält. Die Heilung erfolgte ohne Besonderheiten.

Bei d. Durchschneidung d. Tumor fand man ihn aus 2 Cysten bestehend, einer oberen grösseren und einer unteren kleineren, angefüllt mit einer braunrothen, an d. Oberfläche glitzernden Flüssigkeit. Es handelte sich in diesem Falle um eine chronisch haemorrhagische Bursitis, sich einer Haematocele tunicae vaginalis in ihren anatomischen Details anschliessend.

II. Ein Landwirth, 19 Jahre alt, will im Sommer 1871 in d. linken Trochantergegend eine rundliche, halbfaustgrosse Geschwulst bemerkt haben; wie dieselbe entstanden, weiss er nicht anzugeben. Als im folgenden Jahre der Tumor beträchtlich wuchs, trat eine gewisse Schwäche im linken Beine ein. Mehrmalige Jodpinselungen waren ohne jeden Erfolg. Unterdessen stellten sich mit dem rascheren Wachsthum ziehende Schmerzen in d. Beine ein. Patient hinkte und konnte nicht mehr auf d. kranken Seite liegen. Am 13. Mai 1874 wurde derselbe in d. hiesige chirurgische Klinik

aufgenommen. Die linke Hüftengegend wurde von einer mannskopfgrossen, ziemlich flachen Geschwulst eingenommen, die vorn die Gefässe, hinten die Symphysis sacroiliaca nicht ganz erreichte. 3 cm von d. grossen Trochanter wurde incidirt und behufs mikroskopischer Untersuchung ein Stück der Balgwand excidirt, eine Gegenöffnung angelegt und nach Einlegung eines Gummirohres der Sack stark mit Carbolsäure ausgespült, das Ganze mit einem antiseptischen comprimirenden Verbande bedeckt.

Durch die Incision war über ein Liter hellgelber, fadenziehender Flüssigkeit, fast frei von Eiterkörperchen, entleert und in derselben befanden sich eine Unzahl kleiner Reiskörperchen, die vor der Incision nicht wahrzunehmen waren. Die Innenwand d. Cyste war weissglänzend, ziemlich glatt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Wandung als zum grössten Theile aus einem zellenreichen Bindegewebe bestehend, reich vaskularisirt, und jedes Gefäss von einem Zuge kleinzelliger Infiltration umgeben.

In Betreff des weiteren Verlaufes theilt Ranke mit, dass sich hier d. Drainage als unzulänglich erwiesen hat u. dass erst im September definitive Heilung nach wiederholten Einspritzungen von Jodlösungen u. concentrirten Höllensteinsolutionen eingetreten ist.

Dann wurde auf d. IX. deutschen Chirurgencongress von A. Bryk (Krakau) ein Fall vorgestellt, der sich von d. bisher beschriebenen dadurch unterscheidet, dass man es hier mit multiplen Hygromen zu thun hatte, ebenfalls ausgehend von d. Bursa trochanterica. Der Fall war folgender:

Bei einer 42jährigen Näherin hatte sich in 12 Jahren eine Geschwulst an d. rechten Gesässgegend entwickelt. Sämmtliche, in normalem Zustande vorhandene Schleimbeutel waren in grosse Cysten verwandelt. Die grössere, zweifächerige Cyste dehnte sich über d. ganze rechte Gesässbacke aus u. auf d. Oberschenkel, hatte sich aus d. Bursa trochanterica entwickelt (mannskopf gross); 2 kleinere, birnförmige Cysten gehörten den Auswärtsrollern an. Der Inhalt d. Cysten bestand aus verfetteten Epithelien, fettigem Detritus, Cholestearincrystallen: die schwielig verdickten Wandungen waren mit Pflasterepithel bekleidet. — Bei vor d. Operation unsicherer Diagnose wurde d. Exstirpation gemacht, welche schwierig war u. selbst Muskeldurchschneidungen nothwendig machte. Die Heilung war langwierig und erfolgte mit in gestreckter Stellung ankylotischem Hüftgelenk.

Was nun den in neuester Zeit hier in München beobachteten Fall von Bursitis trochanterica betrifft, so kam derselbe am 24. Apr. 1884 in der hiesigen unter Leitung des Herrn Prof. Helferich stehenden chirurgischen Poliklinik zur Behandlung.

Michael Bach, 16 Jahre alt, aus Landsberg, bekam vor etwa 9 Jahren plötzlich, wahrscheinlich in Folge eines Falles, heftige Schmerzen in d. Gegend des rechten Trochanter maj., ohne jedoch im Gehen wesentlich behindert zu sein. Nach 3 Wochen entstand an dieser Stelle eine Geschwulst, welche durch Aqua Goul. bald abnahm, im Laufe eines Jahres aber wieder erschien u. mit erneuten Schmerzen grösser wurde. Der Arzt entfernte mit d. Spritze durch Aussaugen c. $^1/_2$ Tasse eitriger Flüssigkeit, worauf d. Geschwulst fast ganz verschwand, nach $^3/_4$ Jahren aber wieder erschien

und mit d. Spritze wieder ausgesaugt wurde. Nach einiger Zeit brach d. Geschwulst, die von neuem wieder erschienen war, unter Fiebererscheinungen spontan auf und entleerte eine mässige Quantität Eiter. Die entstandene Oeffnung heilte in c. 5 Wochen. Von jetzt an erfolgte jährlich fast zur selben Zeit, stets im Mai (zweimal am 5./V.), d. Aufbrechen d. Geschwulst u. zwar an verschiedenen Stellen. Patient glaubt dabei d. Bemerkung gemacht zu haben, dass sein rechtes Bein immer einige Tage vor dem Oeffnen etwas länger wurde. Vor 6 Wochen wurde d. Geschwulst incidirt u. mit Drainage versehen. Die Funktion d. Extremität war während d. ganzen Zeit in keiner Weise gehindert, Schmerzen nur auf heftigem, längeren Druck. Hereditär ist Patient nicht belastet u. war noch nie von anderen Krankheiten heimgesucht worden. Patient ist ein blühend aussehender Mensch von mittelstarkem Körperbau. Die beiden unteren Extremitäten sind in Bezug auf Stellung etc. d. Gelenke ganz normal. Nur ist am rechten Oberschenkel eine Atrophie d. Muskulatur vorhanden. Die Längenverhältnisse beider Beine verhalten sich folgendermaassen:

Oberes Drittel	rechts	42
	links	44
Mittleres Drittel	rechts	38
	links	39
Unteres Drittel	rechts	30
	links	31.

Das rechte Knie ist schwach einwärts rotirt, der rechte Trochanter mässig verdickt. Am oberen Drittel d. rechten Oberschenkels befindet sich eine mässige handtellergrosse Geschwulst, auf Druck nicht schmerz-

haft. Die Haut ist normal, zeigt aber an einigen Stellen Abschuppungen. Ungefähr am oberen Drittel befinden sich 3 Fisteln. Die eine (Nr. I) in d. Gegend d. äusseren Randes d. M. glut. max., die beiden andern über d. Tensor fasciae latae.

Fistel Nr. I: Erbsengrosse Oeffnung mit scharfem Rand, die umgebende Haut ist geröthet. Länge d. Fistelganges ca. 10 cm. Die eingeführte Sonde lässt sich nach allen Richtungen hin führen, wobei ein wenig hellgelbes, schleimiges Secret abfliesst.

Fistel Nr. II: Erbsengrosse Oeffnung mit scharfem Rand, etwas gewulstet, die umgebende Haut ist ca. 1 cm im Umkreis blauroth gefärbt. I u. II mit Drainage versehen.

Fistel Nr. III: stecknadelgrosse, schwer sichtbare Oeffnung, um dieselbe Granulationen, helles dünnes Secret. Haut blauroth. Alle 3 Fisteln communiciren mit einander. Unter d. Fisteln befinden sich d. Narben von 4 früheren Oeffnungen und zwar 3 direkt unter Fistel I und III, die 4. im 2. Drittel d. Oberschenkels. Lymphadenitis inguinalis.

Es wurde die Diagnose gestellt auf: Abscessus fungosus reg. Troch. maj., ausgehend von d. Schleimbeutel über d. Trochanter major.

Am 26. IV. Morgens 8 Uhr wurde d. Operation gemacht. Nach Durchspritzung d. 3 Fisteln mit 5% wurde eine starke Sonde in Fistel Nr. III in d. Richtung gegen d. Troch. major eingeführt. Hierauf wurden die Fisteln II u. III durch einen Querschnitt geöffnet, die umgebende, entzündete, theilweise schon vernarbte Haut mit der Scheere entfernt u. aus der so entstandenen, ovalen, c. 2 Cm. tiefen, thalergrossen Oeffnung, das

unterminirte Gewebe mit dem scharfen Löffel ausgekrazt. Dann wurde ein zweiter ca. 20 cm langer, längs d. femur direkt über d. troch. major verlaufender und Haut, Fettpolster und Glut. magn. mit Sehne spaltender Schnitt gemacht, wobei 3 kleine Gefässe unterbunden wurden. Der unter der Glutaeussehne liegende Schleimbeutel erwies sich nun als d. eigentliche Heerd d. Erkrankung. Er war ein fast handtellergrosser ca. 1 cm. tiefer, mit fungösen Granulationen gefüllter und mit einer zähen Membran versehener Sack. Die Granulationen und Membranen wurden mit d. scharfen Löffel und mit der Scheere nicht ohne Mühe entfernt. Von diesem Sack gingen 2 Gänge aus, der eine zu Fistel II, der andere gieng gegen d. Knie zu einer Narbe, von einer früheren Fistel herrührend. Am Ende dieses Ganges wurde contrapunktirt, ausgekratzt und Drainage eingelegt. Am freiliegenden Periost zeigte sich eine erbsengrosse fungös zerstörte Stelle. Daraufhin wurde d. Periost gespalten, wobei es sich aber zeigte, dass diese Zerstörung sich nur auf d. äussere Schicht des Periost erstreckte, während d. innere ganz gesund war. Ein herausgemeisseltes Stück Troch. maj. erwies sich als ganz gesunder Knochen. Nachdem noch in d. Hauptoperationswunde und in der Fistel II Drainage gelegt waren, war d. Operation beendet.

Der Verband bestand in: Jodoformpulver, Jodoformgaze, Sublimatgaze, Guttapercha, Watte. Um Stauungen zu vermeiden wurde der ganze Fuss mit Bindentouren umgeben.

Befinden des Patienten.

26. IV. Viel Schlaf, Nachmittags grosser Apetit. Abends Temperatur 37,9.

27. IV. Nachts unruhig. Am operirten Bein mässig brennende Schmerzen. Temp. früh 37,5. Abends 38,2.

28. IV. Nachts geschlafen. Wegen starker Eiterung und Blutung wurde d. Verband gewechselt und Torfkissen angewandt. Temperatur 37,0—38,4.

29./IV.—10./V. Allgemeinbefinden gut. Temperatur 37,9—37,0.

12./V.: Zweiter Verbandswechsel. Secretion mässig. Die Wunden granuliren üppig. Entfernung sämmtlicher Drains, Ausspritzung d. Wundkanäle. Einführung d. hinteren unteren u. oberen Drains nach Kürzung derselben. Jodoformpulver, Gaze, Sublimatkissen. Allgemeinbefinden gut.

18./V.: Dritter Verbandwechsel. Kürzung d. Drains, wenig Secret, Aetzung mit Lapis, feuchter Verband.

6./VI.; Patient hat sich wieder vorgestellt, sämmtliche Drains sind entfernt. Die in d. Gegend d. Troch. maj. angelegte Wunde üppig granulirend. Anwendung d. Lapis. Trockenverband.

Interessant ist in unserem Falle, die Stellen zu beobachten, wo d. Eiter sich einen Weg nach aussen bahnte. Dieser bricht nämlich, wie Hueter beobachtete und wie Dr. Vanselow in seiner Dissertation näher beschrieb, an ganz bestimmten, anatomisch vorgeschriebenen Stellen hervor, die sich auch in unserem Falle bestätigt finden. Die anatomischen Verhältnisse verhalten sich folgendermaassen: Henke hat (Beiträge zur Anatomie d. Menschen mit Beziehung auf Bewegung, Heft I) darauf hingewiesen, dass die mehr oder weniger lockeren oder straffen Bindegewebsverbindungen zwischen verschiedenen Organen in sich leicht ausdehnbare Innenräume mit stellenweise festen Abgrenzungen

besitzen und dadurch praeformirte Wege für d. Ausbreitung von Exsudaten werden. Dr. Vanselow hat nun unter Leitung von Hueter in der Gegend des Troch. major diese Bindegewebsverbindungen näher untersucht. An 3 Leichen wurde die Bursa trochanterica durch einen Schnitt über d. troch. maj. durch Cutis, Unterhautzellgewebe u. Sehne d. glut. magn. geöffnet, u. sodann versucht, in welchen Richtungen d. Finger am leichtesten u. ohne Anwendung jeglicher Gewalt vordringen könne. Es gelingt dem untersuchenden Finger leicht, den Synovialsack an 2 Stellen zu perforiren, von denen aus die eine nach vorn, die andere nach hinten führt. Vergegenwärtigt man sich die Ansätze u. Ursprünge der betreffenden Muskeln d. troch. maj., so ergeben sich diese Stellen von selbst. Nach oben zu wird er völlig umfasst von d. Ansatzsehne d. M. glutaeus med. u. min., den unteren Theil umfasst d. Aponeurose d. glut. magn. u. ferner entspringt dort mit breitem Ansatz d. vastus ext. Es ist desshalb nur möglich, den Synovialsack zu spalten zwischen Ansatz d. glut. med. einerseits u. zwar nach vorn u. hinten zu u. dann zu versuchen, in diesen Richtungen d. lockere Bindegewebe zu durchdringen. Nach vorn gelingt es in 2 Richtungen; einmal kann man zwischen d. M. tensor fascia latae u. rectus femoris nach oben zu bis unter d. sartorius, sodann zwischen rectus femoris u. cruralis nach unten zu, ebenfalls bis unter d. sartorius dringen; eine starke Membran, welche sich zwischen dem sartorius u. d. Adductoren ausbreitet, verhindert d. weitere Vordringen. Nach hinten zu kann man d. Finger nur in d. Richtung nach oben führen u. zwar unter d. M. glut. max. selbst in d. Raum zwischen M.

glut. med. u. quadratus femoris. Wird nun eine Synovitis d. Bursa trochanterica zur Phlegmone, so wird der Eiter sich genau in den Bahnen fortbewegen, welche ihm die natürliche Anordnung der Bindegewebsspalträume anweist und auch die natürliche Begrenzung, welche durch Fascien und Knochen gegeben wird, so lange ihn nicht seine Menge zwingt, sich einen neuen Ausweg zu suchen.

Auch bei dem hiesigen Fall haben sich diese Untersuchungen bestätigt. Die Fistel I befindet sich am äusseren Rande d. M. glut. max., die Fisteln II u. III über d. Tensor fasciae latae. Die sonst beobachteten Fälle mit Eiterfisteln lassen nicht erkennen, in welcher Gegend d. Eiter sich seinen Ausweg gebahnt hat, doch wird sich d. Angabe von Hueter u. Vanselow wohl bei anderen Fällen weiter bestätigen.

Was d. Aetiologie d. Bursitis trochanterica betrifft, so entsteht sie, wie alle acuten Entzündungen der Schleimbeutel, am häufigsten in Folge eines äusseren Insultes, einer Quetschung oder Verwundung. Die Hygrome besonders, wenn d. Schleimbeutel lange Zeit einem geringen, aber immer wiederkehrenden Drucke ausgesetzt war. Ebenso können andauernde und anstrengende Bewegungen eine acute Entzündung hervorrufen, zuweilen muss eine Erkältung d. betreffenden Gliedes als Ursache angegeben werden, oft fehlt jeder aetiologische Anhalt. Praedisponirt scheinen zu einer Erkrankung scrophulöse u. tuberculöse Individuen wie namentlich d. Kieler Fälle beweisen, wo sich bei verschiedenen Personen die Zeichen einer in d. Kindheit überstandenen Drüsenerweiterung oder fungösen Ostitis fanden. Anderseits können aber auch völlig gesunde,

hereditär nicht belastete Personen, bisweilen sogar ohne jegliche auffindbare Ursache eine Entzündung d. Bursa trochanterica bekommen. Dr. Reyes (Syphilitische Affektion d. Schleimbeutel; Americ. Journ. CXLII pag. 349 April 1876) erwähnt noch d. Vorkommen syphilitischer Schleimbeutelerkrankungen und unterscheidet diese nach dem Stadium, in welches d. Syphilitis eingetreten ist. In der frühen Zeit nämlich kann die Entzündung in einer blossen Congestion d. Bursa bestehen, die sich durch Schmerzhaftigkeit an der der Schleimbeutel entsprechenden Stelle kundgiebt, die aber auch zu einem serösen Ergusse in. d. Schleimbeutel führen kann. Die in d. späteren Zeit d. syphilitischen Allgemeinerkrankung auftretende Bursitis besteht in einer gummösen Entartung. Reyes hat 5 Fälle dieser Art beobachtet u. zwar jedesmal an der Bursi praepatellaris. Die Affektion schwand regelmässig nach Einleitung einer energischen antisyphilitischen Kur. Bei den bis jetzt beobachteten Fällen von Bursitis trochanterica hat sich eine syphilitische Erkrankung noch nicht nachweisen können.

Ferner will Rirby (Dublin Press 365; 1845) das Vorkommen gichtischer Entzündungen an d. Schleimbeutel d. troch. major beobachtet haben.

Der Verlauf d. Entzündung wird in seiner Intensität sehr verschiedenartig sein u. im Verhältniss d. letzteren bilden sich auch verschiedene Krankheitsgrade. Ist die Entzündung sehr heftig, so tritt auch gleich eine Synovitis suppurativa auf, ist sie minder heftig, so kommt es zu einer Synovitis serofibrinosa, ganz analog den Gelenkentzündungen.

Was d. Diagnose d. Bursitis trochanterica betrifft,

so wird man sich besonders von einer Verwechselung mit Coxitis hüten müssen: dass eine solche Verwechselung leicht möglich ist, zeigen die Fälle von Macnab u. die in der Kieler- und Greifswalder Klinik beobachteten Fälle. Es bezieht sich diese Verwechslung jedoch nur auf die suppurative Form der Synovitis an der Bursa trochant., denn bei den chronischen Formen und den serösen Formen der Entzündung wird dies wohl kaum möglich sein. Besonders ist die Unterscheidung einer acuten suppurativen Bursitis troch. mit d. ersten Florescenz-Stadium d. Coxitis wichtig, welches sich nach Hueter folgendermassen äussert: „Der Oberschenkel stellt sich in leichte Beugung, und in sehr deutliche u. prononcirte Abduktion, meist auch mit etwas Rotation nach aussen.“ Was die Stellung des afficirten Beines bei der Vereiterung der Bursa trochanterica betrifft, so wird Patient den Oberschenkel auch in Abduction und mittlere Rotation nach aussen stellen aus anatomischen Gründen. Denn nach einer maximalen Füllung des Schleimbeutels wird er seine Extremität so zu stellen suchen, dass der Schleimbeutel im Stande ist, dieses Maximum aufzunehmen u. dieses erreicht er am leichtesten durch die genannte Stellung. Der Oberschenkel bleibt aber in Extension stehen, sodass zu den charakteristischen Zeichen d. ersten Florescenz-Stadiums d. Coxitis in Bezug auf Stellung des Beines nur eine geringe Flexionsstellung fehlen würde. Selbst eine Flexionsstellung kann bei d. Bursitis troch. stattfinden wie d. Fall II von Macnab zeigt. Bei dem hiesigen Fall stand die Extremität in Bezug auf die Stellung d. Gelenke ganz normal; die sonst beschriebenen Fälle lassen in Bezug hierauf nichts erkennen.

Was bei d. Inspection die Form d. Schwellung bei beiden Krankheiten betrifft, so erstreckt sich dieselbe bei d. Bursitis trochanterica wohl etwas mehr nach vorn auf d. Aussenfläche d. troch. major, als diess bei Hüftgelenkabscessen d. Fall ist, welche den hinteren, unteren Umfang der Gelenkkapsel einnehmen. Das Fieber, das Fluktuationsgefühl, die subjectiven Symptome, können bei beiden Erkrankungen völlig gleich sein. Wird d. Synovitis suppurativa d. Bursa trochanterica zur Phlegmone, so wird der Eiter den anatomisch vorgeschriebenen Weg einschlagen und das Krankheitsbild wird wieder denselben Eindruck machen, wie eine Coxitis suppurativa; dann werden auch entstehende Fisteln in derselben Gegend sitzen.

Doch wird man als Hauptdifferentialpunkt zwischen Coxitis und Bursitis troch. suppurativa zu beobachten haben, dass die Bewegungen im Gelenke bei letzterer Erkrankung meistens frei oder doch weniger beschränkt sind, als bei Coxitis. Aber auch die Bewegung im Hüftgelenk kann bei Bursit. troch. suppurat. unter Umständen vollständig aufgehoben sein, wie aus d. Fall II von Macnab ersichtlich und dass d. Gehen d. Patienten mindestens sehr beschränkt sein kann, zeigen d. Fall I und III von Chassaignac. Als ein Hauptdifferentialpunkt muss aber neben d. meist freien Gelenk hervorgehoben werden, dass eine Vereiterung im Hüftgelenk im ersten Stadium d. Coxitis ziemlich selten ist, meistens geht d. Vereiterung d. zweite Florescenz-Stadium voraus, indem d. Oberschenkel sich in eine bedeutende Flexion, Abduktion und Rotation nach innen stellt. Dann ist ein Schlag gegen d. Ferse bei Coxitis sehr schmerzhaft, bei Bursitis

troch. aber ist dies nicht der Fall. Ausserdem gehen Patienten bei eitriger Coxitis wegen d. heftigen Schmerzen höchst ungern, bei Bursitis troch. aber verursacht d. Gehen oft gar keine Schmerzen, wie an verschiedenen Fällen beobachtet worden ist.

Mit allen diesen Hülfen d. differentiellen Diagnostik kann man aber gegebenen Falls dennoch oft im Zweifel sein, ob man eine Coxitis oder eine Bursitis trochanterica vor sich hat. In einem solchen Falle wird man eine vollkommen sichere Diagnose unter Spaltung d. Fistelgänge nur durch eine Exploratio-Incision machen können, um d. Ausgangspunkt d. Eiterung festzustellen. Ausserdem kann bisweilen eine Ostitis d. Trochanter major mit nachfolgendem Congestionsabscess bei einer differentiellen Diagnostik in Betracht kommen, wie aus d. Fall III von Chassaignac ersichtlich. Der Verlauf einer solchen Ostitis kann hier, wie anderswo, ein acuter od. chronischer sein und mit Abscessbildung im Knochen, Caries od. Necrose desselben einhergehen. Das Glied kann unter Umständen eine Flexion u. Abduction einnehmen und passive Bewegungen, die mit dem Gelenk vorgenommen werden, können mitunter schmerzlos, bisweilen jedoch von heftigen Schmerzen begleitet sein. Auch hier wird man sich oft nur durch eine Exploratio-Incission vor Irrthümern schützen können.

Die seröse oder purulente Entzündung der Bursa subcutanea d. Trochanterengegend hat, obgleich deutlich fluktuirend, gewöhnlich keine circumscripte Form, während eine Anfüllung d. Bursa subaponeurotica eine längliche Form zeigt, constant nach unten durch eine Rinne der Haut abgegrenzt ist und noch ausserdem die

charakteristische Erscheinung zeigt, dass sie bei Extension sich verkleinert, selbst ganz verschwindet, während sie bei Flexion d. Schenkels sich vergrössert und constant markirt hervortritt. Bisweilen könnten bei einer Diagnose noch Wanderabscesse im M. Ileo-psoas in Frage kommen, besonders wenn diese unterhalb d. lig. Ponpartii vorgedrungen sind. In einem solchen Falle aber wird eine Untersuchung d. Brust- u. Lendenwirbelsäule auf kyphotische Krümmung einen sicheren Aufschluss geben.

Die Prognose d. Bursitis trochanterica ist, sowie d. Diagnose feststeht, wenn auch bei weitem günstiger, als bei Coxitis od. Ostitis troch. maj., so doch in gewissen Fällen dubiös zu stellen. Dass die Krankheit unter Umständen zum Tode führen kann, zeigen Fall III von Chassaignac u. die beiden angeführten Fälle aus d. Kieler- u. Greifswalder Klinik, wenn wir auch annehmen müssen, dass wir uns bei unseren jetzt streng antiseptisch durchgeführten Operationen von Septicaemie u. Pyaemie nach Möglichkeit zu schützen vermögen. Doch kann auch bei lange bestehenden periartikulären Eiterungen leicht eine Ancylose des Hüftgelenks eintreten, weil eine Entzündung auf die Synovialis des Gelenkes selbst übergehen u. dort eine Synovitis hyperplastica laevis mit ihren Folgezuständen erregen kann. Dann kann bei schwächlich gebauten, scrophulösen Individuen in Folge einer längeren Eiterung eine Lungen- oder Miliartuberculose eintreten oder eine amyloide Degeneration d. Unterleibsorgane d. Tod herbeiführen.

Bei d. Therapie einer beginnenden Bursitis troch. kann man, da eine Diagnose auf B. serofibrinosa u. suppurativa nicht sofort sicher zu stellen ist, durch

Gypsverband für Ruhestellung d. erkrankten Hüfte sorgen, denn jede Bewegung wirkt als neuer Entzündungsreiz. Durch ein im Verband eingelassenes Fenster kann man örtlich behandeln durch Eisblase, Jodbepinselungen etc., ausserdem wird hiedurch ein Druck auf d. entzündeten Schleimbeutel vermieden. In vielen Fällen kann man so wohl wenigstens eine seröse Form d. Entzündung rückgängig machen. Aber Patienten mit einer serösen Bursitis troch. werden wohl im Allgemeinen selten zur Behandlung d. Arztes kommen, da dieselben theils die noch unbedeutenden Schmerzen in der Hüfte nicht beachten, theils weder Fieber haben noch in ihren Bewegungen behindert sind. Es ist auch in d. Literatur kein Fall einer serösen Bursitis troch. aufzufinden. Hat sich aber unter d. Gypsverband d. Geschwulst vergrössert, nehmen die Schmerzen zu und deuten hohe Fiebergrade auf eine Vereiterung d. Schleimbeutels hin, die entweder von Anfang an vorhanden gewesen ist, oder sich secundär nach einer serösen Entzündung entwickelt hat, so muss d. Gypsverband herunter. Jetzt helfen auch keine Punktionen mit d. Trokar od. Aussaugungen mit d. Spritze oder selbst kleinere Incisionen mehr, wie d. hiesige Fall, der Fall II von Chassaignac, und der letal verlaufene Kieler Fall zeigen. Man muss jetzt und zwar möglichst bald durch weite Eröffnung d. Abscesses d. Eiter einen Ausweg verschaffen, und entsprechende Gegenöffnungen anlegen, um dadurch d. Gefahren zuvorzukommen, die eine lange Eiterung mit sich bringt. Ist der Eiter spontan entleert, so spaltet man die Fistelgänge noch weiter oder noch besser kann man durch lange Incisionen die ganze Abscesshöhle

freilegen und d. Abscessmembranen mit d. scharfen Löffel auskratzen. Da aber d. Haupthinderniss der Heilung d. Sehne d. M. glut. max. ist, welche über die Abscesshöhle hinwegzieht und eine Ausheilung derselben durch Granulationen od. Verwachsung verhindert, so hat Esmarch durch Spaltung d. Sehne d. glut. maxim. und eines Theiles d. fascia lata, möglichst nahe am Knochen die ganze Abscesshöhle freigelegt. Bei dieser Spaltung d. Abscesses kann man sich auch sofort durch eine Digital-Exploration oder wenn nöthig durch Hammer und Meissel überzeugen, ob d. Knochen freiliegt und afficirt ist, ferner ob d. Gelenk in irgend einer Weise ergriffen ist. Nach einer gehörigen Drainage d. Abscesshöhle kann man durch einen Torf- oder Sublimatkissen einen Dauerverband anlegen, der so lange liegen bleibt, bis nicht etwa heftige Schmerzen, Fieber bis zu 39°, eine Durchfeuchtung d. Verbandes oder die nothwendige Kürzung d. Drains einen Verbandwechsel indiciren. Nach 1—2 Monaten pflegt die Wunde geschlossen zu sein und Patienten können als geheilt entlassen werden.

Was die Hygrome d. Bursa trochanterica betrifft, die selten beobachtet werden, so lassen sich die, welche keinen zu dicken Balg haben, wohl durch Druckverband mit Flanellbinden zum Verschwinden bringen. Ist der Balg sehr dick oder finden sich viele Reiskörperchen vor, so ist Incision, Entleerung und Ausschabung die beste Behandlungsmethode. Sind die Wandungen des Balges so dick, dass d. Grösse d. Höhle verschwindend klein ist, so bleibt nichts übrig, als die Exstirpation des Gebildes.